

療養費支給申請書 (年 月分) (あんま・マッサージ用)

被 保 険 者 欄	○被保険者等の記号番号		○発病又は負傷年月日		○傷病名、発症又は負傷の原因及びその経過																															
	-		年 月 日																																	
	療養を受けた者の氏名		続柄		○業務上・外、第三者行為の有無																															
(フリガナ)		男・女		1. 本人 2. 配偶者 3. 子 4. その他 ()																																
昭・平・令 年 月 日生				○業務上・外、第三者行為の有無 (1. 業務上 2. 第三者行為 3. その他 ())																																
				○施術した場所 (入居施設や住所地特例等、保険証住所地と異なる場合に記載)																																
施 術 内 容 欄	初療年月日		施術期間		実日数		請求区分																													
	() 年 月 日		自・令和 年 月 日～至・令和 年 月 日		日		新規・継続																													
	傷病名及び症状						転 帰																													
							継続・治癒・中止・転医																													
	施 術 料	マッサージ (施術料)		同意部位	(軀幹)	(右上肢)	(左上肢)	(右下肢)	(左下肢)	摘 要																										
				施術回数	回	回	回	回	回																											
		通所		円×		回=		円																												
		訪問施術料 1		円×		回=		円																												
		訪問施術料 2		円×		回=		円																												
		訪問施術料 3 (3人～9人)		円×		回=		円																												
		訪問施術料 3 (10人以上)		円×		回=		円																												
		温 罨 法 (加算)		円×		回=		円																												
		温罨法・電機光線器具 (加算)		円×		回=		円																												
		変形徒手矯正術 (加算) ※温罨法との併施は不可		同意部位	(右上肢)	(左上肢)	(右下肢)	(左下肢)																												
			施術回数	回	回	回	回																													
特別地域 (加算)		円×		回=		円																														
往 療 料		円×		回=		円																														
施術報告書交付料 (前回支給: 年 月分)		円×		回=		円																														
合 計		円																																		
施術日	訪問1①	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31				
通所	訪問2②																																			
往療	訪問3③																																			
○往療又は訪問の理由 (1. 独歩による公共交通機関を使つての外出困難 2. 認知症や視覚、内部、精神障害などにより独歩による外出困難 3. その他 ())																																				
施 術 証 明 欄	上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。		保健所登録区分		1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者住所地																															
	令和 年 月 日		〒 -		住所																															
免許登録番号		あん摩マッサージ指圧師		氏名		電話																														
申 請 欄	上記の療養に要した費用に関して、療養費の支給を申請します。		〒 -		住所																															
	令和 年 月 日		申請者 (被保険者)		氏名		電話																													
支 払 機 関 欄	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。 (利用する場合は <input checked="" type="checkbox"/> 。利用しない場合は下記の欄を記入。下記に記入があった場合は下記優先)																																			
	預金の種類	普通・当座		金融機関名		銀行	本店	金庫	支店	農協	出張所																									
	口座名義 カタカナで記入			口座番号																																
同 意 記 録	同意医師の氏名	住 所		同意年月日		傷 病 名		要加療期間																												
				令和 年 月 日																																

<記入にあたっての注意事項>

- ・申請書は暦月を単位として作成してください。
- ・二重線内(「施術内容欄」および「施術証明書欄」)は、施術管理者へ記入を依頼してください。
- ・「支払機関欄」は、被保険者名義の口座を記入してください。
- ・「同意記録」は、同意書の原本を貼付する場合、記入の必要はありません。ただし、前月分以前の申請書に同意書の原本を添付し、当該に基づく支給可能期間内の場合は、当該同意書に係る内容を「同意記録」に記入してください。

<提出の流れ> 本人→健康保険組合 (※任意継続の場合も、直接、健保組合へ提出してください。)

※当該申請書を提出の際には、**施術に要した費用の領収書(原本)**を必ず添付してください。

<その他添付書類(該当する場合)>

医師の同意書(原本) 施術報告書(写し) 往療状況確認表 1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書